



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
 ESTADO DE WASHINGTON
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

Plazo para presentar este formulario: hasta el _____, inclusive, por

Número de cliente:

Idioma:

Programa:

Para seguir recibiendo asistencia, usted deberá tratar de reducir su necesidad de asistencia mediante la participación en el _____.

Si no lo hace, la Asistencia Pública que recibe podrá ser cancelada hasta que presente una nueva solicitud y acepte cooperar. Una vez presentada la nueva solicitud, también podrá quedar excluido del beneficio por un período determinado por no cooperar con el tratamiento/los servicios recomendados.

Solicite a su proveedor de tratamiento(s) o servicio(s) que complete este formulario. Es su responsabilidad asegurarse de que esta hoja sea devuelta antes del 5^{to} día del mes siguiente.

Devolver a:

Teléfono:

Facsímil:

Su proveedor debe completar la siguiente sección.

_____ recibió tratamiento(s) o servicio(s) en las siguientes fechas:

¿Está el cliente participando satisfactoriamente? Sí No

COMENTARIOS:

 FIRMA FECHA

 TÍTULO NÚMERO TELEFÓNICO

 AGENCIA

 DIRECCIÓN